



BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS PARA USTED Y SU FAMILIA APLIQUE HOY – ES MAS FACIL QUE PIENSA

PARA APLICAR

Para solicitar beneficios de cupones de alimentos, por favor llene la aplicación adjunta, y devuélvala a nosotros. Nosotros aceptaremos su aplicación si, al menos contiene su nombre, dirección (si tiene una) y su firma. Esta información establecerá la fecha de presentación de su aplicación. Sin embargo, la aplicación deberá ser completada y nosotros le entrevistaremos para así poder determinar su elegibilidad. Usted debe mandarla por correo, por fax, o llevar la solicitud completa a la Oficina de Asistencia Transicional que sirve a su zona. Si no sabe donde está la oficina, llame a 1-800-249-2007, o visite nuestro website en **www.mass.gov.dta**. Si usted es elegible, recibirá los beneficios de cupones de alimentos con la fecha en que recibimos su solicitud. Después de recibir su solicitud nos pondremos en contacto con Usted para fijar una entrevista y hacerle unas preguntas más. Se hará la entrevista en la oficina donde devolvió usted la solicitud o por teléfono. Si usted necesita un intérprete para ayudarle llenar este formulario o para la entrevista, avísenos y lo areglaremos.

Por favor, intente contestar a todas las preguntas de la solicitud. Cuanto más información tenemos, tanto más rápido podremos actuar en su solicitud. Si no sabe qué pide una pregunta o cómo responder, déjela en blanco y hablaremos acerca de ella durante la entrevista.

Al otro lado de esta página, hay una lista de los tipos de cosas que usted necesita mostrarnos para verificar la información que proveó. Revise la lista y consiga los documentos que va a necesitar.

PARA USAR LOS BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS

Al recibir los beneficios de cupones de alimentos, se le va a dar una cuenta, como una cuenta bancaria. Cada mes se va a depositar sus beneficios de cupones de alimentos en su cuenta. Para usar sus beneficios de cupones de alimentos, usted va a recibir una tarjeta EBT y la va a usar como si fuera una tarjeta de ATM o de crédito. Su privacidad es importante y el uso de la tarjeta EBT ayuda mantener esta privacidad. Usted puede usar su tarjeta EBT en los supermercados, tiendas de conveniencia, mercados y co-ops. Se la usa así como alguien que compra comida con una tarjeta de ATM o de crédito.

SI USTED NECESITA BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS INMEDIATAMENTE (DENTRO DE SIETE DIAS) Y:

- la suma de sus ingresos y el dinero que tiene en el banco es menos de su gasto mensual para alojamiento; o
- su ingreso mensual es menos de \$150 y lo que tiene en el banco es \$100 o menos; o
- usted es trabajador emigrante y tiene en el banco menos de \$100,

usted debe llamarnos a 1-800-249-2007 o ir a la oficina que sirve su ciudad o pueblo.

Recuerde – los beneficios de cupones de alimentos puede ayudar a usted y a su familia comprar la comida que necesitan para la buena salud. El dinero que hubiera gastado para la comida lo puede usar para otras cosas importantes como la renta o las facturas de gas y luz. No tarda mucho – para su propio bien debe aplicar hoy.

Si tiene alguna pregunta, llame por favor a 1-800-249-2007. También puede conseguir más información acerca de los cupones de alimentos en el internet: www.gettingfoodstamps.org.

Para aplicar para beneficios de cupones de alimentos, tiene que mostrar verificación de sus ingresos, gastos y otra información. Solamente tiene que verificar la información que se aplica a usted. Por ejemplo, si no paga a nadie para cuidar a su niño, no tiene que preocuparse acerca de número 8 en la lista abajo.

Después de su entrevista, va a recibir una lista de cosas que tendrá que mostrarnos. Las colillas, facturas de gas o de luz y otros documentos no deben tener más de cuatro semanas desde el día de la entrega de su Aplicación para Beneficios de Cupones de Alimentos.

Cosas que usted necesita proveer, si se aplican a usted:

1. **Prueba de Identidad:** Licencia de conducir, acta de nacimiento, u otra prueba de su identidad.
2. **Prueba de Residencia:** Si usted es dueño de su propia casa, verificación de su hipoteca, impuestos y seguro. Si alquila, un recibo de alquilar o el contrato de arrendamiento u otra prueba que muestra donde vive.
3. **Facturas de Servicios Públicos:** Facturas de gas, luz y teléfono.
4. **Estatus de No Ciudadano:** Para todos los que no son ciudadanos de los Estados Unidos que aplican para beneficios de cupones de alimentos, la tarjeta de registración de extranjeros o verificación que muestra que la Inmigración sabe que usted está viviendo en los Estados Unidos.
5. **Cuentas Bancarias:** La declaración más reciente de la cuenta chequera, la libreta actualizada de la cuenta de ahorros, archivos del banco de la unión, acciones, bonos, CDs o cuentas de IRA y Keough. (No hace falta si hay niños de menos de 19 años en la familia, o si todos por los cuales usted está aplicando reciben SSI o EAEDC.)
6. **Ingresos del Trabajo:** Colillas o una declaración escrita del patrón mostrando los ingresos de las últimas cuatro semanas antes de deducir los impuestos.
7. **Que Trabaja Por Cuenta Propia:** La última declaración de rentas para el gobierno nacional (formulario Schedule C) o las cuentas del negocio de los últimos tres meses.
8. **Gastos del Cuidado de un Niño o de un Adulto Dependiente:** Una declaración escrita del proveedor del cuidado, o un cheque o giro postal cancelado que fue pagado al proveedor del cuidado.
9. **Ingresos no Devengados:** La copia más reciente del cheque de Seguro Social o copia de la carta que concede beneficios; prueba de desempleo; recompensa para el desempleo; pensión; manutención de niños; pensión alimenticia.
10. **Ingreso de Arriendos:** Si alguien le paga para alquilar un cuarto o un apartamento, una copia del contrato del arrendamiento, o una declaración del inquilino que muestra cuanto paga de renta. También su hipoteca, factura de impuestos, seguro para la casa, facturas de agua y de alcantarillado.
11. **Gastos Médicos:** Si usted o cualquier persona que vive en la casa tiene 60 años o más o tiene una incapacidad certificada, podemos deducir ciertos gastos médicos de su ingreso contable. Esto incluye co-pagos o primas para el seguro médico, dentaduras, lentes, pilas de audífonos, medicamentos de receta, medicamentos recetados por el médico que alivia el dolor, vitaminas y otros medicamentos que se compra sin receta, y gastos de transporte para llegar a citas médicas.
12. **Pagos de Mantenimiento del Niño:** Si usted hace pagos de mantenimiento del niño a alguien que no vive con usted, prueba de la obligación legal de hacer el pago y la cantidad pagado.



Beneficios de Cupones de Alimentos Aplicación

Source: (please check one)

- Project Bread DMH SSA DMR
- FEMA CNAP BMC Food Pantry
- Other _____

1. Información Acerca De Usted (conteste a todo)

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Numero de Seguro Social
Este es su (marque uno) <input type="checkbox"/> Apellido de nacimiento <input type="checkbox"/> Apellido de soltera <input type="checkbox"/> Apellido de casado <input type="checkbox"/> Apellido de un matrimonio anterior <input type="checkbox"/> Alias		Estado Civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	
Su origen Étnico (marque uno) Esta información la necesitamos para asegurarnos de que todos sean tratados justamente. Su respuesta es voluntaria y no afectará su elegibilidad ni la cantidad de su beneficio. <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> de las Islas Asiáticas/Pacíficos <input type="checkbox"/> Negro no Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco no Hispano <input type="checkbox"/> Americano de Alaska			Fecha de Nacimiento / / Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
¿Tiene usted una situación especial? (marque todos los que se aplican) <input type="checkbox"/> Minusválido <input type="checkbox"/> Problemas con el oído <input type="checkbox"/> Problemas con la visión <input type="checkbox"/> Necesita Interpretre <input type="checkbox"/> Necesita usar Lenguaje por Señas <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Cuál es su lenguaje preferido ? ¿Estás en embarazo? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	

2. Información Acerca De Su Dirección (conteste a todo)

Ponga su dirección actual	Numero y Calle	# de Apt.	Ciudad	Estado	ZIP
¿Usted está desamparado? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		¿Su dirección actual es temporal? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			
		¿Su dirección actual es donde recibe correo? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			
Si ladirección es temporal, pongo su dirección permanente.					
Si recibe su correo en otra dirección, pongala por favor.					
Su número de teléfono (____)____-_____	El alojamiento donde vive usted es: <input type="checkbox"/> Alojamiento Privado <input type="checkbox"/> Alojamiento Público <input type="checkbox"/> Alojamiento Transicional <input type="checkbox"/> Lugar Residencial <input type="checkbox"/> Casa de Huéspedes Comercial <input type="checkbox"/> Alojamiento que provee el Patrón <input type="checkbox"/> Programa para Jovenes <input type="checkbox"/> Campo de Emigrantes <input type="checkbox"/> Shelter				

<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>
Firma de Solicitante	Fecha

ACTION	DATE COMPLETED	SIGNATURE OF STAFF
Application Received and Assigned	___/___/___	_____
Information entered on BEACON	___/___/___	_____
Interview Scheduled <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Office	___/___/___	_____
Interview Held	___/___/___	_____

3. Personas Que Ayudan Con Su Aplicación

¿Usted quiere dar permiso a otra persona de aplicar o conseguir los beneficios de cupones de alimentos para usted?

sí no

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Número de Teléfono
Número	Calle	Ciudad/Pueblo	Estado ZIP

Usted podría conseguir beneficios acelerados de cupones de alimentos dentro de 7 días si cumple con una de las siguientes reglas y parece eligible para participar en programa. Conteste a las preguntas siguientes por favor.

4. ¿Es el total de su ingreso bruto mensual antes de impuestos y bienes al cual usted tiene libre acceso menos del total de la combinación de su renta (o hipoteca) y facturas de luz y gas, etc.? sí no

5. ¿Usted tiene un ingreso mensual antes de impuestos de menos de \$150 y bienes a los cuales tiene acceso libre de \$100 o menos? sí no

6. ¿Es usted un trabajador agricultor emigrante o temporal con bienes de \$100 o menos? sí no

Si usted contestó que sí a pregunta 4, 5, or 6, usted debe ir a la oficina que sirve su ciudad o pueblo para aplicar. Si usted no entiende estas preguntas, pide al trabajador que las explique. Usted tiene el derecho a una conferencia con un supervisor, si decidimos que usted no puede recibir beneficios de cupones de alimentos dentro de 7 días y usted está en desacuerdo, o si se determina que usted es eligible para recibir servicio acelerado pero usted no recibe sus beneficios de cupones de alimentos dentro de siete días según el calendario después de haber aplicado.

7. La Violencia Doméstica

¿Es usted o cualquier persona que vive con usted victima de la violencia doméstica actualmente o lo fue en el pasado? sí no

8. Información acerca de la Gente con la cual usted vive - enumera a cada persona con la cual usted y no ponga a si mismo. (Adjunta otra hoja si sea necesario.) Personas que viven con usted y que no quieren aplicar para beneficios de cupones de alimentos no tienen que avisarnos de su número de Seguro Social ni de su estatus de inmigración.

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco
¿Usted compran y preparan la comida juntos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Esta persona está aplicando para beneficios de cupones de alimentos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			Número de Seguro Social	
Estado Civil	Grupo Étnico	Lengua Preferida	¿Está en embarazo? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco
¿Usted compran y preparan la comida juntos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Esta persona está aplicando para beneficios de cupones de alimentos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			Número de Seguro Social	
Estado Civil	Grupo Étnico	Lengua Preferida	¿Está en embarazo? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco
¿Usted compran y preparan la comida juntos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Esta persona está aplicando para beneficios de cupones de alimentos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			Número de Seguro Social	
Estado Civil	Grupo Étnico	Lengua Preferida	¿Está en embarazo? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		

9. ¿Hay un niño(s) que vive usted que no es su hijo, que no ha cumplido 18 años que no está bajo la supervisión y control suyo? sí no
Si la respuesta es **sí**, ¿quién es? _____
10. ¿Hay alguien que vive con usted que paga por un cuarto o por un cuarto y comida? sí no
Si la respuesta es **sí**, ¿quién es? _____
11. ¿Se está haciendo pagos a un niño que está viviendo a usted? sí no
Si la respuesta es **sí**, ¿para quién se está haciendo los pagos? _____
12. ¿Es usted o cualquier persona viviendo con usted **residente de un estado o país que no sea Massachusetts** o está usted viviendo con alguien que tiene la intención de mudarse de Massachusetts? sí no
Si la respuesta es **sí**, ¿quién no es residente o quién tiene la intención de mudarse?
_____ sí no
13. ¿Usted **NO** es, o alguien que vive con usted **NO** es **cudadano de los EEUU**? sí no
Si la respuesta es **sí**, ¿quién no es ciudadano? _____
14. ¿Usted o cualquier persona viviendo con usted que tiene 18 años o más y que es ciudadano de los EEUU y es residente de Massachusetts quiere inscribirse para votar? sí no
Si la respuesta es **sí**, ¿quién quiere inscribirse? _____
15. ¿Es usted o cualquier persona que está viviendo con usted incapacitado temporalmente o a largo plazo? sí no
Si la respuesta es **sí**, ¿quién es incapacitado? _____

Trabajo, Ingresos Devengados e Ingresos No Devengados

16. ¿Está usted o alguien que está viviendo con usted trabajando actualmente o estaba usted o alguien que está viviendo con usted trabajando en los últimos 60 días? sí no

Si la respuesta es **sí**, llene la sección siguiente. (Ponga la información pertinente al trabajo para cualquier persona que vive con usted y adjunte otra hoja si hace falta.)

Nombre			Nombre, Dirección y Teléfono del Patrón				
Título	Fecha del Comienzo / /	Fecha de Terminar / /	Salario por Hora \$	Horas semanales	Propias Semanales \$	¿Pagado cada cuánto?	Trabajo Permanente <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

Si ya terminó el trabajo, el último día del trabajo fue: _____

A note la información acerca del salario aquí:

Fecha	Ingreso Bruto	Horas
Desde Hasta		
/ / - / /	\$ _____	_____
/ / - / /	\$ _____	_____
/ / - / /	\$ _____	_____
/ / - / /	\$ _____	_____
/ / - / /	\$ _____	_____

17. ¿Es usted o cualquier persona que vive con usted elegible para recibir o está recibiendo **cualquier otro tipo de ingreso** como Manutención del Niño, Seguro Social, SSI, Recompensa al Trabajador o Beneficios para los Veteranos? Si la respuesta es **sí**, llene la siguiente sección. (Adjunte otra hoja si hace falta.) sí no

Nombre	Tipo de Ingreso	Cantidad	¿Cada cuanto lo recibe?	Fecha del Comienzo del Ingreso
				/ /

Gastos

18. ¿Usted tiene o cualquier persona que vive con usted tiene un orden de la corte u otra obligación legal de pagar mantenimiento del niño a alguien que no vive con usted? sí no
Si la respuesta es **sí**, ¿quién tiene este gasto de manutención del niño? _____

19. ¿Tiene usted o tiene cualquier persona que vive con usted gastos para cuidar a un niño o a un adulto dependiente? Si la respuesta es **sí**, ¿quién tiene este gasto para cuidar a una persona dependiente? _____ sí no

20. ¿Tiene usted seguro médico o lo tiene cualquier persona que vive con usted que tiene 60 años o más o que es incapacitada? sí no
Si la respuesta es **sí**, ¿qué tipo tiene? _____

21. ¿Tiene usted gastos médicos no cubiertos por el seguro o los tiene cualquier persona que vive con usted que tiene 60 años o más o que es incapacitada? sí no
Si la respuesta es **sí**, llene la sección siguiente.

Nombre	Tipo	Frecuencia de gastos	Cantidad	Fecha que comenzó a pagar
			\$	/ /

22. ¿Qué tipo de gastos par alojamiento tiene usted?

	¿Cuánto paga?	¿Cada cuánto?
Renta (la cantidad por la cual usted es responsable)		
Hipoteca (principio)		
Hipoteca		
Impuesto Sobre los Bienes Raíces		
Seguro para los Bienes Raíces		
Cuota del Condominio		
Otro (especifique)		

23. ¿Qué tipo de gastos tiene para servicios públicos?

	¿Cuánto paga?	¿Cada cuánto?
Gas		
Luz		
Teléfono/instalación del servicio		
Agua y Alcantarillado		
Aceite		
Recogida de Basura		
Otro		

24. ¿Paga usted costos de calefacción y/o aire acondicionado aparte de su alquiler? sí no

25. ¿Ha recibido alguna vez o piensa que va a recibir ayuda pública para pagar facturas de gas o aceite? sí no



Si en su familia hay un niño(s) que no ha cumplido 19 años de edad, una mujer en embarazo que vive sola, o si todos por los cuales usted está aplicando recibe SSI o EAEDC, su solicitud está completa. Por favor, lea la información en la página que tiene que firmar, firmela, ponga la fecha y devuélvela a nosotros. Si no sabe usted a dónde devolver su solicitud, por favor, vea la información en la página de portada.

Todos los demás solicitantes, por favor, contesten a las preguntas siguientes acerca de **Dinero en el Banco y Otros Bienes**, lean la información en la página que tienen que firmar, que la firmen, pongan la fecha y que la devuelvan a nosotros. Si no sabe usted a dónde devolver su solicitud, por favor, vean la información en la página de portada.

Dinero en el Banco y Otros Bienes

Si en su familia hay un niño(s) que no ha cumplido 19 años de edad, una mujer en embarazo que vive sola, o si todos por los cuales usted está aplicando recibe SSI o EAEDC, usted no tiene que contestar a estas preguntas. Si alguna de estas situaciones se aplica a usted, **NO CONTESTE A ESTAS PREGUNTAS.**

26. ¿Tiene usted o alguien que vive con usted dinero en efectivo al alcance de la mano o cualquier tipo de cuenta bancaria, acciones, bonos, o valores? sí no Si contestó que es **sí**, llene la sección siguiente.

Nombre	Tipo	# de la Cuenta	Nombre de la Institución	Cantidad

27. ¿Tiene usted o alguien que vive con usted seguro de vida, seguro para el entierro, o seguro para pre-pagar los gastos del funeral? Si la respuesta es **sí**, ¿quién tiene seguro de vida, de entierro, o pre-pagado para el funeral _____? sí no

28. ¿Tiene usted o alguien que vive con usted algún edificio, terreno, propiedad inmobiliaria o parcela para el entierro? Si la respuesta es **sí**, llene al siguiente sección. sí no

Nombre/Dueño	Tipo/Descripción/Localidad	Valor Actual	Cantidad de la Hipoteca

29. ¿Tiene usted o tiene cualquier persona que vive con usted alguna cuenta de pensión o de jubilación Si la respuesta es **sí**, llene la siguiente sección. sí no

Nombre/Dueño	Tipo	Nombre de la Institución	# de la Cuenta	Cantidad

30. ¿Ha recibido usted o ha recibido cualquier persona que vive con usted reembolso de impuestos o un Crédito de Ingresos Devengados (E.I.C.)? sí no Si la respuesta es **sí**, llene la siguiente sección.

Nombre	Tipo de Reembolso	Cantidad de E.I.C.	Cantidad
	<input type="checkbox"/> Crédito para Ingresos Devengados <input type="checkbox"/> Impuestos Nacionales de Ingresos <input type="checkbox"/> Impuestos Estatales de Ingresos		

31. ¿Usted o alguien que vive con usted ha venido, cambiado, regalado, o transferido algo de valor en los últimos tres meses? sí no Si la respuesta es **sí**, llene la siguiente sección.

Nombre	Tipo	Fecha de transferencia	Razón	Valor Bruto
		/ /		

Aviso Penal Acerca de Los Cupones De Alimentos(Lealo Bien, Por Favor)

Yo entiendo que si yo o cualquier persona de mi hogar que recibe cupones de alimentos rompe intencionalmente cualquiera de las reglas enumeradas abajo, aquella persona va a ser excluida del Programa de Cupones de Alimentos por **un año** después de la primera violación, por **dos años** después de la segunda violación, y **permanentemente** después de la tercera violación. Puede ser que la persona también tendrá que enfrentar procesamiento criminal bajo las leyes estatales y nacionales que se aplican. Estas reglas son:

- No entregue información falsa ni esconda información para conseguir beneficios de cupones de alimentos.
- No cambie ni venda beneficios de cupones de alimentos.
- No modifique las tarjetas EBT para conseguir beneficios de cupones de alimentos a los cuales no tiene derecho.
- No use los beneficios de cupones de alimentos para comprar productos ilegales, como el alcohol y el tabaco.
- No use los beneficios de cupones de alimentos ni la tarjeta EBT de otra persona, a no ser que usted es representante autorizado.

También yo entiendo las siguientes penas:

- Individuos que cometen una Violación Intencional del Programa (IPV) de un **programa de asistencia en efectivo** que está confirmado en una Audiencia Administrativa de Descalificación(ADH), van a estar excluidos del Programa de Cupones de Alimentos por el mismo período en que está excluido de asistencia en efectivo.
- Individuos que hacen una declaración o representación fraudulenta acerca de su identidad o lugar de residencia para recibir beneficios múltiples de cupones de alimentos *simultáneamente*, van a estar excluidos del Programa de Cupones de Alimentos por **diez años**.
- Individuos que cambian (compran o venden) beneficios de cupones de alimentos por una sustancia controlada/drogas ilegales van a estar excluidos del Programa de Cupones de Alimentos por dos años después de la primera instancia y **permanentemente** después de la segunda instancia.
- Individuos que cambian (compran o venden) beneficios de cupones de alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos van a estar excluidos del Programa de Cupones de Alimentos **permanentemente**.
- Individuos que cambian (compran o venden) beneficios de cupones de alimentos con un valor de \$500 o más van a estar excluidos del Programa de Cupones de Alimentos **permanentemente**.
- Individuos que están huyendo para evitar procesamiento, custodia o encarcelación después de la condena por un delito mayor o los que están violando una condición de libertad condicional, son *inelegibles* para participar en el Programa de Cupones de Alimentos.
- Individuos que no cumplen los Requisitos de Trabajo del Programa de Cupones de Alimentos sin buena razón, van a estar descalificados del Programa del Cupones de Alimentos por un período de **tres meses** después de la primera instancia, **seis meses** en la segunda instancia, y **doce meses** en la tercera instancia. Si el individuo que se ha determinado que no ha cumplido por tercera vez es la cabeza de la casa que recibe cupones de alimentos, *todos los miembros* de la casa van a estar ilegales para participar en el Programa de Cupones de Alimentos por un período de seis meses.

El Derecho A Un Interprete

Yo entiendo que tengo el derecho a un interprete provisto por DTA si ni yo ningún miembro adulto de mi casa que recibe cupones de alimentos puede hablar o entender inglés. Yo entiendo también puedo conseguir a un interprete por cualquier DTA audiencia o traiga uno mi propio. Si necesito un interprete por una audiencia, debo llamar la División de Audiencias por lo menos una semana antes de la fecha de su audiencia.

Falta de Discriminación Declaración

Conforme a la ley federal y el Ministerio de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y las normas del Departamento de la Salud y de los Servicios Humanos (HHS), la discriminación a base de raza, de color, de origen nacional, de sexo, de edad, o de inhabilidad es prohibida. Bajo el Acta de Estampilla para Alimentos (Food Stamp Act) y las normas del USDA, también es prohibida la discriminación a base de religión o de creencias políticas.

Para presentar una queja sobre discriminación, entre en contacto con el USDA o HHS. Escriba el USDA, el Director, la Oficina de los Derechos Civiles, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). Escriba HHS, el Director, la Oficina de los Derechos Civiles, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) or (202) 619-3257 (TDD). El USDA y HHS son proveedores y patrones de igual oportunidad.